

**НЕВИРШЕНІ ПИТАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ СТЕНОЗУЮЧИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ**

Є. В. Шапринський, І. П. Марцинковський, А. В. Ордатій, Г. Л. Богуш

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону

м. Вінниця

Резюме. *Стаття присвячена лікуванню стенозуючих захворювань стравоходу. Запропонована оригінальна класифікація стенозуючих захворювань стравоходу на основі даних літератури та власного досвіду. Розроблена класифікація дозволить обрати відповідну тактику лікування та покращити результати лікування.*

Ключові слова: *стенозуючі захворювання стравоходу, класифікація.*

Вступ. Стенозуючі захворювання стравоходу представляють собою велику групу захворювань, що призводять до порушення прохідності стравоходу. До даних захворювань прийнято відносити: післяопікові рубцеві стриктури, післяопераційні рубцеві стриктури, стриктури після рефлюкс-езофагіта (пептичні), рак стравоходу, стриктури після променевої терапії, склерозування варикозно розширених вен стравоходу, після мікозів, колагенозів, перенесених інфекційних хвороб та ін. [3, 9, 5]. При лікуванні даного контингенту хворих виникають питання щодо вибору оптимальної тактики лікування, подальшого способу пластики стравоходу, профілактики та лікування неспроможності швів стравохідно-органичних анастомозів, які виникають в 7 – 30 % випадків; інфекційних ускладнень, медіастиніту, перитоніту та післяопераційних рубцевих стриктур. Післяопераційна летальність залишається високою і складає 3,5 – 30 % [1, 2, 10]. Найбільш поширеними серед даних захворювань є післяопікові рубцеві стриктури, які, як правило, виникають у дорослих, займаючи друге місце після пухлин стравоходу [4, 6, 7, 8]. Кількість хворих на дану патологію з кожним роком невпинно зростає, що обумовлено розвитком науково-технічного прогресу та широким впровадженням нових хімічних речовин у промисловість та побут людини. Післяопікові рубцеві стриктури виникають внаслідок хімічних опіків (лугами чи кислотами), рідше термічних опіків, а також пов'язаних з прийомом окислювачів (пергідролу і ін.). Ризик розвитку післяопікових стриктур залежить від багатьох факторів: хімічного складу прийнятих усередину агресивних речовин, кількості речовини й тривалості її впливу, наявності супутньої патології, інфекційного фактора, імунної резистентності, індивідуальних особливостей метаболізму та ін. [6, 8].

Післяопераційні рубцеві стриктури найчастіше є звуженнями не самого стравоходу, а стравохідно-органичних анастомозів, що формуються при резекції чи екстирпації стравоходу, при проксимальній резекції шлунка та ін. Значну роль у їх розвитку відіграють технічні похибки при формуванні анастомозу (надлишкова або недостатня мобілізація органів, що зшиваються, залучення в шов великого масиву тканин, застосування занадто товстих і грубих ниток та ін.), присутній езофагіт, а також сама неспроможність анастомозів. Найчастіше післяопераційні рубцеві стриктури виникають у стравохідних анастомозах після різних видів езофагопластик: шлунковою трубкою, сегментом товстої або тонкої кишки, та продовжують залишатися серйозною хірургічною проблемою [4, 3, 2].

Пептичні стриктури після рефлюкс-езофагіта виникають, як ускладнення довготривалого, важкого езофагіту, частіше у осіб похилого віку, чоловіків, у 30-45 % дорослого населення. Саме ускладненням ступенів С і D рефлюкс-езофагіту є пептичні стриктури стравоходу.

Іншою патологією, що частіше призводить до стенозування стравоходу є рак. За походженням рак стравоходу поділяється на плоскоклітинний і аденокарциному. Частота складає від 2,5-5 випадків на 100000 осіб в рік – у США, до 100 на 100000 осіб у деяких країнах (Китай, Іран, Південна Африка, Туреччина, Індія). Одними з сприяючих факторів є пиття дуже гарячих напоїв ті інші шкідливі звички (алкоголь, тютюнопаління). За варіантами поширення плоскоклітинного раку виділяють: екзофітний утвір, вузол із центральним виразкуванням, дифузний інфільтративний ріст. Ризик розвитку аденокарциноми у нижньогрудному відділі стравоходу у пацієнтів зі «стравоходом Барретта» в 20-40 разів вищий, ніж серед населення в цілому. Значну роль у розвитку аденокарциноми Барретта відіграють генетичні мутації. Частота аденокарциноми стравоходу за останні десятиліття зростає (у США на 10 % за рік), у США вона має вищу частоту, ніж плоскоклітинний рак. У розвинутих країнах її частота становить 4 на 100000 населення [5, 11].

Променеві ураження стравоходу найчастіше виникають внаслідок опромінення середостіння при лікуванні злоякісних пухлин. Ендоскопічно при гострому променевому езофагіті наявні: еритема, ексудація, виразкування і некроз. Визначають під час біопсії неспецифічне запалення. При хронічному променевому ураженні виникають телеангієктазії в ураженій ділянці та саме щільні стриктури. На пізніх стадіях можливе виникнення трахеостравохідних фістул.

Кандидозний езофагіт виникає внаслідок поширення процесу зі слизової оболонки порожнини рота і зіву. Найчастіше виникає у пацієнтів, які отримують хіміотерапію, кортикостероїди, H₂ блокатори, або тривалу антибактеріальну терапію, мають цукровий діабет, СНІД та ін. [5]. Рідше

доброякісні стриктури розвиваються після склерозування варикозно розширених вен стравоходу при портальній гіпертензії, перенесених інфекційних хвороб (дифтерія, туберкульоз, сифіліс тощо), або є одним із проявів захворювань сполучної тканини (склеродермія і ін.).

На сьогоднішній день у доступній нам літературі (вітчизняній і закордонній) ми не знайшли єдиної класифікації стенозуючих захворювань стравоходу. Згідно класифікації післяопікових рубцевих стриктур стравоходу Е. Н. Ванцян і Р. А. Тоцакова (1971) розрізняють високі стриктури – глоткові, шийні, біфуркаційні та низькі – розташовані від епіфренальної частини стравоходу до кардії. За протяжністю виділяють короткі (до 3 см) і трубчасті (більше 3 см) стриктури. Також стриктури бувають поодинокими і множинними (подвійної, потрійної локалізації і більше).

Г. Л. Ратнер та В. И. Белокоњева у 1982 році запропонували клініко-рентгенологічну класифікацію стриктур стравоходу. Ю. І. Галінгер і Е. А. Годжелло у 2008 році запропонували ендоскопічну класифікацію стриктур стравоходу, а також відома класифікація ступенів дисфагії згідно шкали Олігві.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі проведеного аналізу літературних джерел, даних експериментальних, клінічних методів дослідження і власного досвіду та, враховуючи відсутність класифікації СЗС, нами була запропонована наступна класифікація стенозуючих захворювань стравоходу:

I. За етіологією:

1. Вроджені стриктури.
2. Післяопікові стриктури.
3. Післяопераційні стриктури.
4. Стриктури після рефлюкс-езофагіта.
5. Посттравматичні стриктури.
6. Рак стравоходу.
7. Стриктури після променевої терапії, склерозування варикозно розширених вен стравоходу.
8. Кандидозний езофагіт.
9. Стриктури після перенесених інфекційних хвороб (дифтерія, туберкульоз, сифіліс).
10. Стриктури внаслідок перенесених колагенозів (системний червоний вовчак, склеродермія, дерматоміозит).

II. За локалізацією стриктури:

- високі стриктури: в ділянці входу у стравохід і шийного відділу (C5-Th 2).
- серединні стриктури: ділянка дуги аорти і біфуркації трахеї (Th 3- Th 5),
- низькі стриктури (Th 6-Th 8),
- комбіновані стриктури.

III. За протяжністю стриктури:

- короткі (мембранозні або плівчасті), один рубець у вигляді складки;
- циркулярні: протяжність до 3 см,
- трубчасті: протяжність більше 3 см,
- чоткоподібні: чергування звужених ділянок з нормальними,
- тотальне ураження стравоходу.

IV. За формою супрастенотичного розширення:

- конічні,
- мішкоподібні.

V. За ускладненнями:

- несправжні дивертикули,
- несправжні ходи,
- рубцеве вкорочення.
- нориці,
- непрохідність стравоходу.

VI. За ступенем дисфагії:

1. Невелика дисфагія, обмежень в режимі харчування немає.
2. Може пити, але їсть тільки напівтверду їжу.
3. Може тільки пити.
4. Афагія.

Висновки

Запропонована та розроблена класифікація стенозуючих захворювань стравоходу дозволить виділити серед даних хворих групу пацієнтів з підвищеним ризиком виникнення ускладнень, обрати відповідну тактику лікування та покращити результати лікування.

Література

1. Аллахвердян А. С. Лечение сочетанных рубцовых стриктур грудного отдела пищевода и желудка / А. С. Аллахвердян, В. С. Мазурин, В. А. Исаков // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2003. – № 3. – С. 61-67.
2. Багиров М. М. Применение тотальной и субтотальной эзофагопластики в лечении рубцового стеноза пищевода / М. М. Багиров, Р. И. Верещако // Клінічна хірургія. – 2008. – № 8. – С. 11-15.
3. Бакиров А. А. Тотальная пластика пищевода при его стриктурах / А. А. Бакиров // Вестник хирургии. – 2001. – № 1. – С. 53-57.
4. Ксенофонтов С. С. Вдосконалення товстокишкової езофагопластики при високих опікових та протяжних доброякісних рубцевих стриктурах стравоходу і глотково-стравохідного переходу: автореф. дис. . . . д-ра мед наук: спец. 14.01.03 «Хірургія» / С. С. Ксенофонтов. – К., 2007. – 40 с.

5. Мітюк І. І. Хірургічна корекція стенозуючих захворювань стравоходу / І. І. Мітюк, В. М. Шостак, А. С. Моргун // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2003. – Т. 7, № 2/2. – С. 713-714.

6. Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми стриктурами пищевода / А. Ф. Черноусов, В. А. Андрианов, А. И. Чернооков [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 50-54.

7. Саенко В. Ф. Восстановленные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / В. Ф. Саенко, С. А. Андреещев, П. Н. Кондратенко, С. Д. Мясоедов // Клінічна хірургія. – 2002. – №. 5-6. - С. 4.

8. Хирургическое лечение рубцовых послеожоговых стриктур пищевода и выходного отдела желудка / В.В. Бойко, С.А. Криворучко, С.А. Савви [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2002. – № 2. – С. 187-189.

9. Шапринский В. А. Реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства на пищеводе / В. А. Шапринский, В. Ф. Кривецкий, Е. В. Шапринский // Хирургия. Восточная Европа. – 2013. – № 2 (06). – С. 115-119.

10. Dantas R.O. Motility of the transverse colon used for esophageal replacement / R.O. Dantas, R.C. Matede // J.Clin Gastroenterol. – 2002. – Vol. 34, № 3. – P. 225-228.

11. Maish M.S. Indications and technique of colon and jejunal interposition for esophageal disease / M.S. Maish, C. Denschamps // Surg. Clin. North. Am. – 2005. – Vol. 85, № 3. – P. 505-514.

Резюме. *Стаття посвящена лечению стенозирующих заболеваний пищевода. Предложена оригинальная классификация стенозирующих заболеваний пищевода на основе данных литературы и собственного опыта. Разработанная классификация позволит выбрать соответствующую тактику лечения и улучшить результаты лечения.*

Ключевые слова: *стенозирующие заболевания пищевода, классификация.*

Summary. *Article is devoted to treatment of the stenosing esophageal diseases. Original classification of the stenosing esophageal diseases on the basis of data of literature and own experience was offered. The developed classification will allow to choose the corresponding tactics of treatment and to improve results of treatment.*

Keywords: *the stenosing esophageal diseases, classification.*